

後期高齢者医療療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	公費負担者番号		保険者番号	
	公費受給者番号		被保険者番号	
	発病又は負傷年月日 年 月 日		傷病名	
	療 養 を 受 け た の 氏 名	(フリガナ)	発症又は負傷の原因及びその経過	
男 女		業務上・外、第三者行為の有無		
	明・大・昭 年 月 日生	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	日	新規・継続
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		転 帰
		2. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()		継続・治癒・中止・転医
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	円	摘 要
	1. はり		円× 回= 円	
	2. きゅう		円× 回= 円	
	3. はり・きゅう併用		円× 回= 円	
	電療料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具	円× 回= 円	
	往療料	2kmまで	円× 回= 円	
	加算 (km)		円× 回= 円	
	合 計		円	
	一部負担金(1割・3割)		円	
支 給 金 額		円		
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	平成 年 月 日			
	免許登録番号	_____ はり師 住 所		
免許登録番号	_____ きゅう師	氏 名	印 電話	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。			
	平成 年 月 日	〒 _____	住 所	
	和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿	申請者 (被保険者)	氏 名	印 電話
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店
	1. 振 込	1. 普通 2. 当座 3. ()		金庫 支店 農協 出張所
	口座名義(カタカナで記入)	口座番号		
備 考				
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名
			平成 年 月 日	
				要加療期間